Épithélioma branchial intra-parotidien. — Contribution à l'étude anatomique des épithéliomas de la parotide

PAR

PIERRE FREDET ET MAURICE CHEVASSU

Chef de clinique chirurgicale — Aide d'anatomie à la Faculté

G. STEINHEIL, Éditeur

Extrait des **Bull. et Mém. de la Soc. Anat.**, Juillet 1902, p. 621-632.

ÉPITHÉLIOMA BRANCHIAL INTRA-PAROTIDIEN.

Contribution à l'étude anatomique des épithéliomas de la parotide,

par Pierre Fredet et Maurice Chevassu,

Chef de clinique chirurgicale Aide d'anatomie à la Faculté.

Au Congrès de médecine de 1900, Cunéo et Veau ont émis l'hypothèse que les tumeurs mixtes de la parotide n'étaient autre chose que des branchiomes intra ou juxta-parotidiens. Dans le même ordre d'idées, nous pensons que certains épithéliomas, dits de la parotide, sont des épithéliomas juxta ou intra-parotidiens d'origine branchiale. Notre opinion s'appuie sur l'observation suivante :

Fl. Léon, 50 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Landry, n° 36, le 8 janvier 1902, pour une tumeur de la parotide.

Il a remarqué sa tumeur, par hasard, en 1899, il y a 3 ans. Elle s'est accrue lentement, progressivement, sans douleur. Mais depuis deux mois elle a accéléré sa marche, elle est devenue légèrement douloureuse, et le malade s'est décidé à la montrer au chirurgien.

La tumeur occupe la région parotidienne du côté droit. Elle a le volume du poing. Sa surface est bosselée, la peau est légèrement rouge à son contact. Ses limites sont assez nettes : en haut, elle se perd sous le lobule de l'oreille qu'elle écarte en dehors, en le dédoublant ; en avant, elle est limitée

par le bord postérieur de la branche montante ; en arrière, elle se développe vers la nuque, et disparaît sous le sterno-mastoïdien qui la bride ; en bas, elle atteint le bord supérieur du cartilage thyroïde.

A la palpation, la masse est dure : elle présente même à sa partie moyenne une zone particulièrement dure ; vers la partie inférieure, un point plus mou, rénitent, fait penser à une formation kystique. La peau est légèrement adhérente à la surface de la tumeur ; c'est, au point culminant, une véritable peau d'orange. Dans la profondeur, la tumeur est comme enclavée, elle est tout à fait immobilisée, tant dans le sens antéro-postérieur que dans le sens vertical ; cependant les mouvements d'ouverture de la mâchoire sont peu gênés encore. Par le toucher pharyngien, on constate que la tumeur est au contact du pharynx et le fait bomber légèrement ; on ne remarque d'ailleurs rien d'anormal à l'amygdale ni dans la région de l'arrière-pharynx.

Il n'existe aucune trace de paralysie faciale, pas de troubles auditifs. Les battements de la temporale du côté malade ont l'ampleur des battements du côté opposé. L'état général est excellent. Les seuls signes fonctionnels sont, en somme, une gêne peu marquée des mouvements de mastication, et des douleurs, locales, légères, sans irradiations.

On porta sans hésitation le diagnostic de tumeur de la parotide : c'était apparemment une tumeur mixte, et l'inégalité de consistance, le point particulièrement dur, plaidaient en faveur de cette hypothèse ; mais, étant donnés l'accroissement rapide, les douleurs légères, l'adhérence à la peau, on pensa que cette tumeur mixte entrait en dégénérescence maligne. L'immobilité fut attribuée à un enclavement plutôt qu'à des adhérences, et l'on résolut d'opérer.

Opération. — Le 14 janvier, M. Mauclaire entreprit l'opération qui fut continuée par nous. Il pratiqua une incision en T, descendant très bas et s'étendant loin en avant. Dès ce moment on put constater que les adhérences de la tumeur étaient intimes, et l'on put prévoir que l'extirpation serait difficile. Lentement, la masse fut disséquée, sculptée en quelque sorte, en arrière, en bas, puis en haut. Mais elle ne put être arrachée qu'après ligature des gros troncs vasculaires profonds auxquels elle tenait, et qui lui formaient d'énormes pédicules en haut et en bas surtout. A la partie antérieure, la masse était formée par une portion de parotide

saine, et la libération fut plus facile à ce niveau. La tumeur enlevée, on pratiqua rapidement les ligatures, sans prendre le temps de rechercher la topographie exacte des vaisseaux sectionnés (1). L'opération avait été longue ; elle fut terminée par un tamponnement avec réunion partielle.

Le shock avait été intense. Pendant deux jours, le malade parut se remonter sous l'influence des injections de sérum ; il restait cependant dans un état demi-comateux. Au troisième jour la température s'éleva. L'opéré mourut le sixième jour, emporté dans un mélange d'accidents infectieux et de troubles cérébraux. Il ne fut pas possible de pratiquer l'autopsie.

Voici quels ont été les résultats de l'examen anatomique :

Examen macroscopique. — Le volume de la tumeur enlevée n'atteint pas tout à fait le volume du poing.

Sa forme est, dans l'ensemble, assez régulièrement arrondie. La face externe présente cependant un sillon vertical, peu profond, qui la divise superficiellement en deux parties, une antérieure, et une postérieure.

L'aspect extérieur est très variable suivant les points : en avant, on voit des grains parotidiens normaux d'apparence ; ils se prolongent sur la tumeur : à sa face externe et à sa face inférieure, beaucoup ; à sa face interne, moins ; à sa face supérieure, peu. La partie postérieure de la masse, très irrégulièrement bosselée, est cachée par endroits sous des débris de muscles qui lui adhèrent et qu'elle infiltre ; en d'autres points, elle est limitée par une capsule fibreuse épaisse, rougeâtre.

Sur une coupe horizontale (fig. 1) intéressant toute la tumeur d'avant en arrière, on distingue en avant un amas de lobules parotidiens : ils forment le tiers de la masse, et leur ensemble présente une forme en croissant dont les deux cornes s'effilent à la surface de la tumeur. La tumeur proprement dite est en arrière, déprimant fortement la parotide au niveau de sa partie moyenne. Cette deuxième portion est rose à la périphérie, jaunâtre à la partie moyenne, rouge au centre. Le centre est constitué par un magma friable, sans

(1) Seul le grand sympathique avait été vu nettement, et arraché au cours de l'extirpation. Il est très probable que le gros pédicule inférieur était formé par la carotide et la jugulaire, mais nous n'osons pas l'affirmer.

limites précises. Le reste de la tumeur est dur, formé de travées blanchâtres très rapprochées, limitant entre elles des lobules plus jaunes et de consistance moins ferme. Sur le bord postérieur on aperçoit trois ganglions, du volume d'une noisette. Ils sont encastrés dans la tumeur qu'ils débordent à peine ; leur coque est bien visible ; leur centre a l'aspect jaunâtre de l'ensemble du néoplasme.

La zone de séparation entre les glandules parotidiennes (nous n'osons pas dire encore la parotide tout entière) et la tumeur n'est en aucun point indiquée par une ligne nette. Cependant, sur des coupes horizontales faites à la partie supérieure et à la partie inférieure, la limite est marquée par une ligne irrégulière de lobules accolés les uns aux autres. Mais,

Fig. 1. — Coupe horizontale de la tumeur.

sur toutes les coupes pratiquées dans les zones moyennes, la tumeur et les lobes se pénètrent et se fusionnent sans limite précise ; il est impossible de dire, à l'œil nu, où la glande commence et où la tumeur finit.

Examen microscopique. — Des fragments nombreux ont été prélevés pour l'examen histologique, en pleine tumeur et à la périphérie ; la plupart comprenaient à la fois la tumeur, la parotide, et la zone intermédiaire.

Le néoplasme est un *épithélioma pavimenteux lobulé* absolument typique. La plupart des lobules ont leur centre en transformation cornée ; au milieu de la tumeur, surtout, on rencontre des *globes épidermiques énormes* ; à la périphérie, l'évolution cornée est plus rare. A ce niveau, les lobules ont d'ailleurs des dimensions beaucoup plus restreintes qu'au centre de la tumeur. Le tout est plongé dans

des travées peu épaisses de tissu conjonctif, riche en cellules. En certains points de la périphérie, on voit la tumeur infiltrer les muscles, et une réaction embryonnaire vive semble répondre à cet envahissement. Les ganglions, à la coupe, présentent le même aspect que le reste de la tumeur ; on retrouve à peine, sur leurs bords, quelques mailles de tissu réticulé, infiltrées de cellules caractéristiques.

Nos recherches ont porté principalement sur les zones de transition entre la tumeur et la parotide.

Sur certaines coupes, celles de la partie supérieure et de la partie inférieure, où l'on entrevoyait déjà à l'œil nu une ligne de séparation, la disposition est très simple : la tumeur pousse devant elle une sorte de coque conjonctive, peu riche en cellules, riche en fibres disposées parallèlement les unes aux autres ; et c'est cette coque qui se met au contact des acini parotidiens. Ceux-ci sont légèrement bouleversés et dissociés ; ils sont atrophiés surtout, si on les compare aux acini de la glande normale qu'on retrouve un peu plus loin.

Les coupes intéressantes sont celles qui ont été pratiquées à la partie moyenne du néoplasme. Là, pas de barrière fibreuse marquant la limite entre la parotide et la tumeur ; on passe de l'une à l'autre par transitions insensibles, et la zone de transition a la structure suivante (fig. 2) :

En partant des acini glandulaires sains, on voit peu à peu les acini s'aplatir et diminuer de volume ; ils s'écartent les uns des autres, et dans les espaces qui les séparent apparaissent des cellules d'aspect embryonnaire, assez petites, à noyau remplissant presque toute la cellule. On arrive ainsi à une zone où les acini dissociés sont difficilement reconnaissables au milieu des cellules embryonnaires qui les entourent. Plus loin, les cellules éparses diminuent de nombre, entre elles, s'interposent des lames de plus en plus épaisses de tissu fibreux et dans leur intervalle on arrive encore à retrouver, étouffé, un acinus glandulaire. Enfin dans ce tissu fibreux apparaît le premier lobule néoplasique, petit lobule formé de grosses cellules, peu adhérentes les unes aux autres, à noyau énorme et à protoplasma très trouble. Plus loin encore, les lobules augmentent de nombre et de volume, et l'on est ainsi conduit par transitions insensibles jusqu'aux lobules à formations cornées.

Il est impossible, après l'étude de pareilles coupes, d'ad-

mettre que l'épithélioma provient de l'épithélium parotidien. Celui-ci ne prolifère pas ; il est dissocié, envahi et atrophié par une tumeur d'autre origine. Cette tumeur a les caractères de l'épithélioma branchial. Nous affirmerions plus hautement encore qu'elle en était un véritablement, si l'autopsie nous avait permis de constater d'une façon certaine que l'œsophage ou le larynx était indemne de tout néoplasme primitif.

Fig. 2. — Coupe à la limite de la parotide et de la tumeur.

En résumé, notre tumeur était *cliniquement un cancer de la parotide* ; *histologiquement,* ce cancer était un *épithélioma pavimenteux lobulé corné.*

En nous appuyant sur la thèse de Michaux, qui est encore aujourd'hui le travail classique sur la question, nous devrions ranger notre cas parmi les épithéliomas pavimenteux de la parotide. *A priori,* cependant, les lois générales de l'histologie pathologique nous per-

mettent d'affirmer que cet épithélioma pavimenteux corné n'est pas d'origine glandulaire ; l'examen des zones de transition nous en a fourni la preuve. Le professeur Cornil a bien voulu confirmer nos conclusions. Nous croyons donc que l'épithélioma pavimenteux de la parotide doit définitivement disparaître du cadre anatomique et être considéré comme un épithélioma juxta ou intra-parotidien, d'origine branchiale apparemment.

*
* *

L'anatomie pathologique des épithéliomas de la parotide ne repose jusqu'à présent que sur un nombre assez restreint de documents précis.

La thèse de concours de Bérard, en 1841, réunissait la plupart des observations de tumeurs de la région parotidienne publiées jusque-là. Mais Bérard s'occupait surtout « des opérations que réclament ces tumeurs » et l'histologie des néoplasmes de la parotide n'était pas encore née. C'est au même point de vue opératoire que se place Triquet en 1852.

Bérard avait étudié les tumeurs de la région parotidienne. On n'osait pas dire encore les tumeurs de la parotide. Si Bauchet portait, en 1860, devant la Société de Chirurgie, la question des hypertrophies parotidiennes ; si Verneuil insistait, en 1869, à la Société Anatomique (1), sur la nécessité d'abandonner l'hypothèse, jusqu'alors admise, de l'origine ganglionnaire des tumeurs de la région parotidienne, Jean, dans sa thèse de 1873, était toujours partisan de cette origine ganglionnaire : les tumeurs de la parotide, tumeurs adénoïdes et cancers, étaient des raretés, ces dernières surtout.

(1) Boyron, Tumeur de la parotide, *Bull. Soc. Anat.*, 1869, p. 131.

Peu à peu, cependant, l'histoire des tumeurs de la parotide se précise, avec Branlat, en 1874 ; avec Broca, qui étudie en 1875, sous le nom d'adénomes de la parotide, ce que Planteau distinguera l'année suivante sous le nom de tumeurs complexes. Dès lors, les tumeurs de la parotide sont connues ; et les articles de Delorme, de Follin et Duplay restent encore classiques. Mais tandis que les tumeurs complexes, ou mixtes, vont devenir l'objet de travaux nombreux, les épithéliomas, d'une rareté relative pourtant, restent dans l'ombre ; et si Michaux les en fait sortir dans sa thèse de 1884 sur le carcinome de la parotide, il ne peut citer que quatre observations complètes, avec examen histologique.

Michaux s'est d'ailleurs attaché beaucoup plus à faire la clinique des cancers de la parotide qu'à en préciser la structure. Il a séparé définitivement, comme Velpeau l'avait fait pour le sein, l'encéphaloïde et le squirrhe. Depuis, la division est admise par tous, bien que les cas de squirrhe observés par Michaux semblent demeurer les seules observations connues.

Et la question du cancer de la parotide a été définitivement abandonnée en France. A la Société Anatomique, deux cas seulement ont été publiés dans cette période de dix-huit ans, un par Villar en 1894, un par Mermet en 1896, si bien que les traités classiques les plus récents s'appuient toujours sur la thèse de Michaux. Peu de questions chirurgicales ont pu traverser sans révision une pareille période.

A l'étranger, les tumeurs malignes de la parotide ont fait l'objet de plusieurs travaux récents. Nous aurions voulu étudier la thèse de Doege : « Zwei Fälle von Carcinom der Parotis ». Mais il nous a été impossible de

nous la procurer, tant à Paris qu'à Fribourg, où elle a été publiée.

En nous plaçant sur le terrain histologique, nous nous trouvons en présence des classifications suivantes :

Deux espèces de cancer de la parotide pour Billroth, O. Weber, Waldeyer, le cancer tubulaire et le cancer alvéolaire : le premier dérive des conduits salivaires, le second des alvéoles ou acini glandulaires.

Follin et Duplay décrivent l'épithélioma, avec ses deux variétés d'épithélioma tubulé et d'épithélioma pavimenteux ; puis le carcinome avec ses deux formes de squirrhe et d'encéphaloïde. C'est la classification admise partout ; c'est celle qu'on retrouve dans la thèse de Michaux, dans l'article de Kirmisson, dans l'article d'Hartmann. Seul, Morestin passe sous silence l'épithélioma pavimenteux, sans d'ailleurs en donner les raisons.

Nous avons dit pourquoi nous pensions qu'on ne devait plus décrire un épithélioma pavimenteux de la parotide, et nous avons essayé d'interpréter les cas d'épithélioma pavimenteux intra-parotidien. Nous pensons que la parotide est comparable, dans ses néoformations épithéliales, aux autres glandes digestives, et particulièrement au pancréas.

Il existerait donc un épithélioma des canaux excréteurs et un épithélioma des acini glandulaires ; tous deux peuvent garder leur forme typique ou évoluer vers l'infiltration atypique du carcinome.

Le type de *l'épithélioma glandulaire de la parotide* est fourni par l'observation de Mermet. On rencontrait, dans sa tumeur, la parotide sclérosée ; deux lobules adénomateux, présentant « la section circulaire de tubes

glandulaires, de calibre inégal, à lumière centrale peu apparente, donnant l'impression complète de l'adénome » et enfin l'épithélioma, sous forme de boyaux épithéliaux moniliformes, bourrés de deux ou trois rangées de cellules cubiques à gros noyau, serrées les unes contre les autres, faisant du boyau un boyau toujours plein. C'était, ajoute Mermet, le type de l'épithélioma tubulé.

L'aspect est semblable dans l'observation de Verneuil et Cauchois : conduits remplis de cellules épithéliales, épithéliome tubulé. Semblable encore dans l'observation de Planteau, où l'on peut suivre tous les passages des culs-de-sac glandulaires normaux à l'épithélioma : on voit d'abord ces cellules remplir les culs-de-sac, en effacer la lumière centrale ; puis le cul-de-sac se déforme, la membrane limitante disparaît, et ainsi se trouvent constitués des amas cellulaires qui, par leur forme, diffèrent beaucoup du cul-de-sac qui en est l'origine.

Il est curieux de constater que les culs-de-sac parotidiens, lorsqu'ils prolifèrent sous la forme d'épithélioma, tendent à reproduire la parotide embryonnaire, avec ses tubes pleins, tels qu'on les constate chez le fœtus au milieu de la vie intra-utérine.

L'*épithélioma cylindrique de la parotide*, formé probablement *aux dépens des conduits excréteurs*, est bien décrit dans l'observation de Villar, quoi qu'il s'agisse là d'un épithélioma de la parotide accessoire. La tumeur était formée par des alvéoles, dont les plus typiques étaient tapissés par une seule couche de cellules formant un revêtement cylindrique. Ailleurs les alvéoles étaient bourrés d'éléments cellulaires irrégu-

lièrement disposés : c'est le passage de l'épithélioma typique à la forme carcinome.

Le *carcinome* correspond aux deux pièces de Michaux, — l'une a l'aspect encéphaloïde : énormes alvéoles remplis d'une masse de cellules, soit rondes, soit fusiformes (Latteux); l'autre est du genre squirrhe : stroma fibreux circonscrivant des alvéoles peu étendus, à cavité très étroite relativement à l'épaisseur des parois, renfermant un petit nombre de cellules épithélioïdes peu distinctes les unes des autres, sphériques pour la plupart, contenant un ou plusieurs volumineux noyaux très colorés (Bourcy). Un cas analogue, avec stroma très riche en fibres élastiques, est figuré par Brault dans la dernière édition du « Traité de Cornil et Ranvier ».

Maintenant, a-t-on le droit de dire avec Pérochaud, que peut-être les cas décrits comme cancer sont simplement des tumeurs mixtes, où l'évolution épithéliale a été très précoce ? Nous ne le croyons pas, persuadés que nous sommes, à la suite des faits apportés par Curtis et Phocas, Bosc et Jeanbrau, de la nature exclusivement conjonctive des tumeurs dites mixtes. Mais nous nous rendons compte des difficultés que peut présenter le diagnostic histologique entre un épithélioma atypique parotidien et une tumeur mixte en dégénérescence maligne. L'étude des tumeurs mixtes dégénérées reste encore complètement à faire.

INDICATION DES TRAVAUX CITÉS.

Cunéo et **Veau**. — Branchiomes cervico-faciaux. *Congrès de médecine*, 1900. Section de chirurgie générale, p. 278.
Michaux. — *Contribution à l'étude du carcinome de la parotide.* Th. Paris, 1883-84, n° 29.
Bérard. — *Des opérations que réclament les tumeurs de la région parotidienne*, Th. Concours 1841.
Triquet. — Nouvelles recherches d'anatomie et de pathologie sur la

région parotidienne. *Arch. gén. de médecine.* 1852, t. XXIX, p. 161.
Bauchet. — Hypertrophie de la parotide. *Mém. de la Soc. chirurgie*, Paris, t. V, 1863, p. 288-368.
Jean. — *Des tumeurs de la région parotidienne, principalement au point de vue du diagnostic*, Th. Paris, 1873, n° 188.
Branlat. — *Histoire des tumeurs parotidiennes.* Th. Paris, 1874, n° 276.
Broca. — Adénomes de la parotide, *Gaz. des hôpitaux*, 3 juin 1875, p. 506.
Planteau. — *Contribution à l'étude des tumeurs de la parotide*, Th. Paris, 1876, n° 129.
Delorme. — Article Parotide du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* de Jaccoud, 1878, t. 26, p. 196.
Follin et **Duplay.** — *Traité élémentaire de pathologie externe.* Paris, 1878, t. 5, p. 112.
Villar. — Epithélioma de la glande parotide accessoire. *Soc. anat.*, 1894, p. 760-762.
Mermet. —Adéno-épithéliome tubulé kystique de la parotide. *Soc. anat.*, 1896, p. 760-764.
Dooge. — *Zwei Fälle Von Carcinom des Parotis.* Th. Fribourg, mars 1901.
Billroth.— Beobachtungen über Geschwülste der Speicheldrüsen. *Virchow's Archiv*, 1859, vol. XVII, p. 357-375.
Otto Weber. — *Handbuch des allgemeinen und speciallen Chirurgie de Pitha et Billroth*, 1866, p. 391.
Waldeyer. — *Le développement du cancer*, analysé dans *Arch. gén. de médecine*, 1873, 6e série, t. XXII, p. 486.
Kirmisson. — *Manuel de pathologie externe* de Reclus, Kirmisson, Peyrot et Bouilly. Paris, t. II, 6e édit. 1900, p. 816.
Hartmann. — *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, 2e édit. Paris, 1898, t. V, p. 297.
Morestin. — *Traité de chir. clin. et opérat. de* Le Dentu et Delbet. Paris, 1898, t. VI, p. 415.
Cauchois. — Epithelioma tubulé de la parotide *Soc. anat.*, 1872, p. 79-83.
Cornil et **Ranvier.** — *Manuel d'histologie pathologique.* Paris, t. I, 3e édit. 1901, p. 513.
Pérochaud. — *Recherches sur les tumeurs mixtes des glandes salivaires.* Th. Paris, 1885, n° 167.
Curtis et **Phocas.** — Contr. à l'étude des tumeurs mixtes de la parotide, *Arch. prov. de médecine*, 1899, t. 1, p. 1-45.
Bosc et **Jeanbrau.** — Recherches sur la nature histologique des tumeurs mixtes parabuccales. *Arch. prov. de médecine*, 1899, t. 1, p. 297-328 et 349-411.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne).